

DIREITO À SAÚDE DO IDOSO: DESAFIO À INTEGRALIDADE CONSTITUCIONAL

DERECHO A LA SALUD DEL ANCIANO: DESAFIO A LA INTEGRALIDAD CONSTITUCIONAL

MÁRIO COIMBRA

Graduação em Direito pela Associação Educacional Toledo (1981) e mestrado em Direito pela Universidade Estadual de Maringá (2001). Especialista em Proteção Jurídica ao Meio ambiente, Flora, Fauna, Urbanismo e Patrimônio Histórico pela Universidade de Castilla-La Mancha. É doutor em Direito Constitucional na Instituição Toledo de Ensino de Bauru. Atualmente é professor da Toledo Prudente Centro Universitário e promotor de justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo

SÉRGIO TIBIRIÇÁ AMARAL

Mestre em Direito das Relações Públicas pela Universidade de Marília (1998); especialista em interesses difusos e coletivos pela Escola Superior do Ministério Público de São Paulo(1999) e mestre em Sistema Constitucional de Garantias pela Instituição Toledo de Ensino (2003). Doutor em Sistema Constitucional de Garantias pela ITE (2011). Professor titular de Teoria Geral do Estado da FDPP das Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo; Professor do Programa de Pós-Graduação da Instituição Toledo de Ensino(ITE) - Mestrado e Doutorado em Sistema Constitucional de Garantias da ITE-Bauru.

RESUMO

O Brasil não descuidou da proteção da saúde do idoso. Além da Constituição Federal que erigiu a saúde como direito fundamental social, o Estatuto do Idoso estabeleceu, nos artigos 3º e 9º, o direito à saúde do idoso como uma obrigação prioritária do Estado, da família, da comunidade e da sociedade e, ainda, o dever do Estado de implementar políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento

saudável e em condições de dignidade. Contudo, o grande desafio que se descortina ao gestor consiste justamente em garantir à pessoa idosa, a efetivação das inúmeras políticas públicas destinadas à integralidade da sua saúde.

PALAVRAS CHAVES: Constituição Federal; Estatuto do Idoso; direito fundamental social; integralidade da saúde; envelhecimento saudável.

RESUMO

El Brasil no ha descuidado de la protección de la salud del anciano. En complemento a la Constitución Federal que erigió la salud como derecho fundamental social, el Estatuto del Anciano ha establecido en el artículos 3º e 9º, el derecho a la salud del anciano como una obligación prioritaria del Estado, de la familia, de la comunidad y de la sociedad y, aún, el deber del Estado de implementar políticas sociales publicas que permitan un envejecimiento saludable y en condiciones de dignidad. Sin embargo, el gran desafío al gestor consiste justamente en garantizar a la persona idosa, la efectivación de las inúmeras políticas públicas destinadas a la integralidad de suya salud.

PALAVRAS CHAVES: Constitución Federal; Estatuto del Anciano; derecho fundamental social; integralidad de la salud; envejecimiento saludable.

INTRODUÇÃO

A Constituição da Organização Mundial da Saúde conceitua saúde, em seu preâmbulo, como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade". A entidade que é um braço da Organização das Nações Unidas foi criada por proposta da delegação brasileira e traz diretrizes para a saúde em nível mundial. A integração às Nações Unidas ocorre quando a entidade se torna o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. A OPAS/OMS também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2010, p.08-09) realçam a importância da Constituição da Organização Mundial da Saúde, não só no que tange à evolução do conceito de saúde mas também por consolidar o entendimento da ideia de saúde como um bem coletivo. Outros tratados internacionais caminham no sentido de reconhecer a saúde como um direito a estar vivo em condições dignas.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, por sua vez, estabelece, no seu artigo 12, conceito semelhante de saúde, normatizando que:

1. Os Estados-partes, no presente Pacto, reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados-partes, no presente Pacto, deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento sã das crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Portanto, o dispositivo previsto no tratado internacional vem reforçar o direito constitucional à saúde, com parâmetros importantes. Mas, há outros tratados de direitos humanos que também trazem importantes colaborações.

Assinale-se, por oportuno, que o Protocolo de São Salvador Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos, em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotou, também, o mesmo conceito de saúde da OMS, estabelecendo, no artigo 10, que:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o desfrute do mais alto nível de bem estar físico, mental e social.

Merece ser enfocado que, até a metade do século XX, o conceito de saúde gravitava sobre parâmetros negativos, já que era vista como mera ausência de enfermidade. Explicitando tal fase histórica, ensina o costarriquenho Roman A. Navarro Fallas (2010, p.63) que o indivíduo só possuía saúde quando o médico não detectava nenhuma enfermidade ao examiná-lo. Também o indivíduo era detentor de saúde quando rastreada alguma moléstia, o médico obteria êxito na cura do doente.

Preferindo um conceito mais amplo de saúde, Gonzalo Piedrola Gil (2001, p.03) prefere conceitua-la "como um estado de bem-estar físico, mental e social com capacidade de funcionamento, e não só ausência de enfermidade ou indisposição".

Ensina Sueli Gandolfi Dallari (2006, p.249) que a noção de saúde pública, atingida na contemporaneidade começou a ser desenhada por ocasião do Estado liberal burguês do final do século XVIII, em cujo período a assistência pública aglutinando a assistência social e médica, consistia em "matéria dependente da

solidariedade de vizinhança, na qual o Estado deveria envolver-se apenas se a ação das comunidades locais fosse insuficiente".

Acrescenta, ainda, a mesma doutrinadora (2006, p.250) que a partir da segunda metade do século XIX, a saúde pública passou a ser uma prioridade política, sendo que a partir do início do século XX, já se encontra "instaurada a proteção sanitária como política de Estado".

De fato, como os governos têm como meta a melhoria da saúde de todos os cidadãos tornam-se imprescindíveis investimentos em políticas públicas de saúde capazes de garantir a efetividade da saúde pública (STURZA; CASSOL, 2008, p.359).

Leciona-se que a saúde na contemporaneidade se revestiu de um fundamental direito humano, constituindo, ainda, um relevante investimento social. Busca-se demonstrar que a saúde é um serviço público de caráter obrigatório que é direito de todo cidadão. Debaixo da direção, coordenação e controle do Estado, devem se assegurados às pessoas os direitos à saúde, dentro dos princípios da eficiência, universalidade e solidariedade nos termos também da Constituição, dos tratados e das normas infraconstitucionais.

1. PROTEÇÃO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO E NO ESTATUTO DO IDOSO

O Brasil é um Estado democrático e social de direito organizado em forma de República federativa, que assegura na sua Lei Maior os direitos que visam à proteção da dignidade da pessoa humana no tocante ao direito à saúde.

No que tange ao Brasil, a Constituição da República estabelece:

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A nossa Carta ainda estabeleceu a relevância pública das ações e serviços de saúde, ditando:

Artigo 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O Sistema Único de Saúde foi erigido em dogma constitucional normatizado pelo artigo 198 da Constituição da República, com as diretrizes da descentralização, assistência integral e participação da comunidade.

Para que o Estado brasileiro, por meio de todas as esferas da federação, possa cumprir tal dever de assistência com eficácia, foi estabelecido o referido sistema com direção única, por intermédio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Mônica de Almeida Magalhães (2009, p.79) afirma:

As três esferas da federação têm obrigações recíprocas e permanentes com relação à saúde, de tal forma que se uma delas não cumpre adequadamente suas obrigações, a outra deve fazê-lo. O fato de existir uma diretriz de descentralização não significa que, uma vez aperfeiçoada esta, os demais entes possam se afastar de suas obrigações constitucionais. Antes, o Texto Maior foi enfático ao proclamar a existência de um sistema único, que envolve responsabilidade permanente e solidária de todos os entes da federação.

O cumprimento das aludidas obrigações insere-se no âmbito da atenção primária, secundária e terciária, diante de unidades referenciadas e contra referenciadas.

É digna de nota a observação de Nadia Rejane Chagas Marques (2012, p.44), no sentido de que: “O direito à saúde, além de qualificar-se como condição fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida”.

Com especificidade ao idoso, observa-se que a pessoa, em tal faixa etária vivencia, em tese, uma condição física mais adversa do que o jovem já que usufruir de saúde, enquanto jovem, constitui um acontecimento inteiramente natural. Tiraria o que está e vermelho

O Estatuto do Idoso, neste sentido, foi muito preciso ao vincular o direito à vida do idoso à sua saúde e dignidade, ao dispor no:

Art.9º. É obrigação de o Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

A aludida disposição normativa leva à inarredável conclusão de que os idosos, em face da sua condição física peculiar, merecem toda a atenção do Estado no sentido de que sua saúde deve ser preservada a todo custo.

O usufruir da saúde pelo idoso deve, de fato, ser focado como prioridade, já que, sem condições físicas e mentais favoráveis, não poderá ele ter acesso à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização e ao trabalho.

Pode-se afirmar que paralelamente à previdência ou assistência, a saúde compõe o que Fabiana Rodrigues Barletta (2010, p.62) denomina de tríade básica tornando-se o componente essencial, “para que haja vida em dignidade nas idades longevas e para que direitos posteriores tenham condições de se exercerem, razão de elevá-la à categoria de direito e social prioritário”.

O Sistema Único de Saúde no Brasil foi erigido em dogma constitucional normatizado pelo artigo 198 da Constituição da República, com as diretrizes da descentralização, assistência integral e participação da comunidade.

Para que o Estado brasileiro, por meio de todas as esferas da federação, possa cumprir tal dever de assistência com eficácia, foi estabelecido o referido sistema com direção única, por intermédio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

O cumprimento das aludidas obrigações insere-se no âmbito da atenção primária, secundária e terciária, diante de unidades referenciadas e contra referenciadas.

O Estado brasileiro não descuidou, legislativamente, da proteção da saúde da pessoa idosa. Além do disposto nos artigos de 196 a 200 da Constituição Federal, cujos direitos se destinam a todos os que necessitem dos serviços de saúde pública no Brasil, a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que institui, como política de Estado, a Política Nacional do Idoso no Brasil, dispôs, no seu artigo 10, inciso II:

Art. 10 Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

[...]

II - na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e

medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes Inter profissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

De forma mais incisiva, o Estatuto do Idoso não só estabeleceu, no seu artigo 3º, o direito à saúde do idoso como uma obrigação prioritária do Estado, da família, da comunidade e da sociedade como também impôs, no seu artigo 9º, o dever do Estado de programar “políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

Com o escopo de não permitir nenhuma escusa na meta de efetivar toda política pública necessária, para garantir, de forma prioritária, a devida atenção integral, universal e igualitária, tanto no âmbito da prevenção como no restabelecimento da saúde do idoso, o artigo 15 da aludida lei estabeleceu as seguintes diretrizes específicas para o SUS, como o cadastramento da população idosa em base territorial, o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, a criação de unidades de referência com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social, o atendimento domiciliar, a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para a redução das sequelas decorrentes do agravo de saúde, fornecimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

A preocupação do Estatuto em assegurar ao idoso, prioritariamente, atenção integral a sua saúde decorre da constatação pública de que o envelhecimento da população em países, como o Brasil, ocorreu de forma vertiginosa, suplantando, em velocidade, o próprio desenvolvimento econômico e social, resultando, daí, uma sociedade envelhecida antes que o Estado e a sociedade se preparassem, de forma gradativa, para garantir a prestação devida de serviços assistenciais, em todos os níveis, aos cidadãos em tal faixa etária. Urge, portanto, adequar o país, com a maior urgência possível, destas estruturas que não foram montadas no decorrer da linha temporal humana em nosso território.

Lecionam-se (QUEIROZ; PRADO, 2010, p.09) que este processo de transição demográfica vivenciada pelo Brasil acarreta alterações profundas em todos os seguimentos da vida em sociedade. “Mas, sem dúvida, um dos setores mais atingidos é o da saúde, tanto pelas repercussões nos aspectos assistenciais como pela crescente demanda de novos recursos e estruturas”.

Aliás, esse processo de profundas mudanças sociais decorrentes do envelhecimento populacional foi fruto de intensos debates na I Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, em 1982, cujo documento, elaborado naquele evento internacional, recomendou a adoção de estratégias e programas voltados à proteção da pessoa idosa.

A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada sob o auspício da ONU produziu o documento denominado “Plano de ação Internacional sobre o Envelhecimento”, de extraordinária importância para o desenvolvimento de ações afirmativas voltadas à proteção do idoso.

Antes, mesmo, da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento e do próprio Estatuto do Idoso, o Governo brasileiro implementou a primeira versão da Política Nacional de Saúde do Idoso, detalhada na Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999.

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como pilastra sete diretrizes essenciais, a iniciar pela promoção do envelhecimento saudável.

Objetiva, com tal diretriz, a implementação de ações educativas, no sentido de que as pessoas idosas e aquelas em processo de envelhecimento passem a se preocupar com suas capacidades funcionais, desenvolvimento de forma precoce, hábitos saudáveis de vida e, por consequência, a abstenção de comportamentos nocivos à saúde, como o culto ao tabagismo, alcoolismo, automedicação, devendo ser acrescentado o sedentarismo, os quais devem ser eliminados da vida cotidiana do indivíduo. Como hábitos saudáveis, devem ser estimulados a alimentação adequada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos e o desenvolvimento de rotinas diárias prazerosas que possam atenuar o estresse.

Frise-se que a vida, na contemporaneidade, embora tenha sedimentado conquistas inegáveis de melhor conforto à civilização humana, também acarretou hábitos nocivos a um envelhecimento saudável, como a realização de tarefas diárias, muitas vezes sem nenhum esforço físico. Nas edificações verticalizadas, por

exemplo, é rotineiro para a ampla maioria dos usuários, a não utilização de escadas, mesmo para o seu deslocamento ao andar imediatamente inferior.

Como segunda diretriz, foi destacada a manutenção da capacidade funcional do idoso.

Neste sentido, devem ser priorizadas ações preventivas de agravos à saúde e detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr, em risco, as habilidades e a autonomia dos idosos.

Pondera Cristiano Andrade Quintão Coelho Rocha (2011, p. 63) que, “embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por ela. Muitos levam uma vida perfeitamente normal”.

A vacinação destaca-se como importante medida preventiva de agravo à saúde, devendo ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam problemas sérios entre os idosos, no Brasil, e que são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS – para essa faixa etária.

Também, como propósito de manutenção da capacidade funcional do idoso, a referida diretriz dá a devida atenção à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, como a hipertensão arterial, diabetes melito e a osteoporose.

Preconiza que tais atividades deverão ser desenvolvidas junto às próprias unidades básicas de saúde contando com a ação imprescindível das equipes da Estratégia da Saúde da Família ou de equipes congêneres, o que customiza custos imprescindíveis ao cumprimento das metas do SUS em tal área.

A terceira diretriz, não menos importante, é a assistência às necessidades de saúde do idoso, que será efetivada em nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No primeiro nível, é imprescindível a consulta médica procedida pelo geriatra, a fim de que se possa alcançar um impacto expressivo na assistência, com o escopo, inclusive, de reduzir as taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso, que causam efeitos deletérios a pacientes nesta faixa etária. Como bem preconizado pela portaria, a consulta deve ser feita de forma abrangente para que se possam obter informações relevantes, não só para a identificação de “problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico como também aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e geniturinário” (item 3.3 das diretrizes constantes do anexo).

A assistência, em nível hospitalar, alcança, com maior cuidado, os pacientes inseridos no grupo de totalmente dependentes, sujeitos a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico, de forma que os profissionais de saúde devem estar preparados, para identificar esse grupo que merece uma assistência mais sofisticada pela precariedade do seu estado de saúde.

A referida portaria introduziu, em boa hora, o denominado hospital-dia geriátrico, que é uma forma intermediária entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Tal serviço se destina a assegurar “a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade – hidratação usa de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação. Para cuidadores não justificarem a permanência em hospital. ” (Item 3.3. Das diretrizes constantes do anexo).

No que tange à internação domiciliar, foi ela disciplinada pela Portaria nº 2.259, de 19 de outubro de 2006.

Os serviços de internação domiciliar devem ser estruturados com equipes multiprofissionais compostas de, no mínimo, médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem. Também deverá haver equipes matriciais de apoio. Pela disposição do artigo 8º, inciso I, da aludida portaria, os idosos foram catalogados como grupo populacional prioritário de tais serviços.

Acrescente-se que a assistência domiciliar do idoso se encontra expressamente prevista no artigo 15, inciso IV, do Estatuto do Idoso, sendo que a Lei nº 12.896, de 18 de dezembro de 2013, acresceu os §§ 5º e 6º ao aludido artigo, para priorizar o atendimento domiciliar do idoso, não só quando tal contato for de interesse do poder público, mas principalmente na hipótese de idoso enfermo, que necessitar de perícia médica para a elaboração de laudo de saúde para o exercício dos seus direitos sociais e de isenção tributária, quando os peritos deverão se dirigir à residência do idoso.

Anota Cláudia Collucci (2013, p.05) que a assistência domiciliar ao idoso é de fundamental importância na contemporaneidade, vez que o número de idosos que moram sós triplicou no período de 1992 a 2012. De fato, o incremento de novos idosos, que vivem em tal situação, passou de 1,1 milhão para 3,7 milhões no referido período, o que equivale a 215%. Assinale-se que o número de idosos, acima de 60 anos, entre os referidos marcos temporais passou de 11,4 milhões para 24,8

milhões, num crescimento de 117%. Acrescenta, ainda, que o aumento considerável de idosos que moram sem familiares e/ou acompanhantes vem chamando a atenção dos pesquisadores, sendo oportuno observar-se que, entre os idosos que moram em tal situação, 65% são mulheres, devendo ser acrescentado que as mulheres estão muito mais longevas. Apenas para comparar com o número expressivo de mulheres que vivem sozinhas, o percentual de homens idosos que vivem em tal condição passou de 31% para 35%, nas últimas décadas. Registra, também, que em face desse grande contingente de idosos que moram desacompanhados, até mesmo dos denominados cuidadores, foi desenvolvida a tecnologia denominada tele assistência. Por meio de uma central que funciona 24 horas, o idoso, que porta uma pulseira com identificação e alarme, é monitorado. Em caso de alguma anomalia, como queda de pressão arterial, o alarme dispara e o idoso é socorrido imediatamente.

Registre-se, contudo, que a aludida tecnologia ainda não foi incorporada ao SUS, tratando-se de serviço prestado unicamente por empresas particulares.

A quarta diretriz consiste na reabilitação da capacidade funcional comprometida. A referida diretriz leva em consideração que as causas de dependência funcional podem ser evitadas, em sua maioria e em vários casos, são passíveis de reversão com a aplicação de técnicas de reabilitação física e mental, desde que sejam elas instituídas com a maior rapidez já que a precocidade da aplicação de tais técnicas estatisticamente revela resultados primorosos.

A reabilitação da capacidade funcional do idoso pressupõe a ação de uma equipe multiprofissional, composta de integrantes das áreas de medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Pelo que se observa no texto da portaria citada, o referido plano tem por escopo, “além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem os que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que essas enfermidades alijam o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia” (item 3.4. Das diretrizes constantes do anexo).

A quinta diretriz refere-se à capacitação de recursos humanos especializados. Objetiva a diretriz enfocada que o setor de saúde possa contar com pessoal qualificado e com quantidades suficientes, para assegurar o direito à saúde

à população idosa. Serão referenciados Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, que terão a função de capacitar os profissionais, para prestarem a devida cooperação técnica, demandada em todas as áreas governamentais envolvidas na proteção ao idoso.

A sexta diretriz tem, por escopo, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Gravita sobre o cotidiano dos idosos, que mantêm alguma incapacidade funcional, a ação de agentes envolvidos nos cuidados formais integrados por profissionais e instituições de saúde, que prestam tal forma de atendimento sob a forma de prestação de serviços, bem como aqueles que se dedicam aos cuidados informais de atenção aos idosos, que são compostos por membros da família, amigos próximos aos idosos e, ainda, os vizinhos, sendo que tais atividades recaem, com acentuada maioria, nas mulheres.

A diretriz, portanto, dá grande relevo às ações de tais cuidadores e impõe o desenvolvimento de uma parceria entre os profissionais de saúde que atuam no território em que reside o idoso e esses cuidadores, os quais devem ser capacitados em relação a doenças crônico-degenerativas, que eventualmente esteja lidando; e como acompanhar o tratamento prescrito.

Esta integração entre os profissionais de saúde e os cuidadores informais é exitosa, à medida que ocorre uma sistematização das tarefas a serem desenvolvidas na própria moradia do idoso.

A sétima diretriz enfoca o apoio a estudos e pesquisas. Propõe o plano em análise que esse apoio seja levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia. As fontes financeiras de tais estudos e pesquisas deverão ser as agências de ciência e tecnologia regionais e/ou federais.

O Ministério da Saúde visando dar efetividade à segunda versão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, inclusive, readequando-a aos novos desafios implementados pelo Estatuto do Idoso, editou a Portaria nº 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006.

A readequação do referido plano nacional, como não poderia deixar de ser, repercutiu nas próprias diretrizes estabelecidas no primeiro plano. Com efeito, as novas diretrizes foram redirecionadas às seguintes áreas:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais,

visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (Item 3 do anexo da portaria)

Quanto à promoção do envelhecimento ativo e saudável, o novo plano incorpora as recomendações da Organização Mundial de Saúde, no sentido de que tanto o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem e preocupar-se no sentido de desenvolverem políticas e programas focados na melhoria da saúde, participação e segurança da pessoa idosa. O cidadão idoso não deve, mais, ser considerado como sujeito passivo dos projetos engendrados pelo Estado, e, sim, um agente das ações voltadas à pessoa idosa, “numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.” (Item 3.1 do anexo da referida portaria).

A atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa, constitui importante diretriz que deve ser imposta ao SUS em todas as suas instâncias. Pressupõe que o SUS seja devidamente estruturado e hierarquizado em redes especiais voltadas à saúde do idoso, facilitando o seu acesso a todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), envolvendo os gestores estaduais e municipais, uma vez que a União atua no referido projeto como ente fomentador e financiador de tais redes. A atenção básica, principalmente, deve ser fortalecida com o envolvimento dos profissionais de saúde, para que se preste uma saúde de excelência neste nível de atenção, em face da importância dos trabalhos desenvolvidos pela Estratégia da Saúde da Família e UBS na efetivação da saúde do idoso. A atuação integrada das unidades de saúde, em rede, pressupõe, ainda, a atuação eficaz das unidades especializadas nos níveis secundário e terciário.

O estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade das ações, também constitui uma diretriz importante a contribuir para a sedimentação do plano enfocado, já que a intersetorialidade é uma realidade inafastável das ações voltadas à pessoa idosa, de forma que na atuação de órgãos governamentais e não

governamentais, em tal área, devem tais órgãos trabalhar conjuntamente e na valorização dos parceiros, objetivando a concreção de ações exitosas voltadas ao interesse da população idosa.

O provimento de recursos, para assegurar qualidade na atenção à saúde da pessoa idosa, é de máxima importância, já que, sem o financiamento adequado de tais programas, o plano em exame não alcançará nenhuma das metas objetivadas.

O estímulo à participação e fortalecimento do controle social deve ser fomentado nas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, que são colegiados de máxima importância para a implantação e operacionalização de programas e ações voltadas ao interesse da pessoa idosa. A divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS constitui diretriz importante, já que, à medida que haja popularização, apoio e engajamento de usuários, profissionais de saúde e gestores na concreção de um projeto de tamanha magnitude, todas as metas serão alcançadas com a rapidez necessária à importância do projeto. Ademais, a referida diretriz propõe prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos “de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa” (item 3.6. Do anexo da portaria supra), o que é de fundamental importância para o fortalecimento dos programas e ações voltadas à implementação da saúde da pessoa idosa.

A promoção de cooperação em níveis nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa constitui diretriz não menos importante, já que o compartilhamento de experiências exitosas em tal área poderá contribuir para o aperfeiçoamento de projetos e ações voltadas ao interesse de tal população.

O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas é, também, uma diretriz importante para a concreção do plano nacional em exame, mas já estava contemplada, como diretriz, no plano anterior.

É importante esclarecer-se que, antes da publicação da segunda versão da Política Nacional da Saúde do Idoso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, cujo documento histórico, no âmbito

do SUS, estabeleceu o pacto pela saúde, em 2006, no anexo I, enquanto o anexo II instituiu o Pacto pela Vida e foi conceituado por aquele documento como “o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”.) Item 3.6 do anexo II).

Acrescente-se que, dentre as seis prioridades estabelecidas pelos gestores do SUS, no documento citado, o idoso mereceu destaque em primeiro lugar. Além das diretrizes ali focadas, que foram repetidas na segunda versão da política nacional citada, o pacto pela vida também catalogou ações estratégicas voltadas à saúde da pessoa idosa, que foram assim delineadas:

Ações estratégicas: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo, por referência, as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde. Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso. Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem a qualificar a dispensação e o acesso da população idosa. Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar. Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde. (Anexo II)

Em 2009, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.048/MS, de 03 de setembro de 2009, que aprovou o Regulamento do SUS. A referida portaria revogou a Portaria nº 2.528/GM, de 2006, que ditou a segunda versão da Política Nacional de Saúde do Idoso, mas manteve o seu conteúdo.

Conforme dispõe o artigo 354 daquela portaria, “a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa está aprovada nos termos do Anexo XLVIII a este Regulamento”.

Merece, contudo, o registro de parte da observação lançada no item 3 desta terceira versão repaginada da Política Nacional de Saúde do Idoso constante do anexo XLVIII da Portaria nº 2.048/MS, de 2009:

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais; e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas. (Item 3 do anexo XLVIII)

Importa acrescer-se que a Política Nacional de Saúde do Idoso, ao estabelecer as responsabilidades institucionais dos gestores do SUS, dispõe que:

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuarem para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI. (Item 4 do anexo XLVIII)

É necessário ressaltar, contudo, que a despeito das prioridades catalogadas pelos gestores do SUS, o Brasil está muito distante de alcançar tais metas e diretrizes pelos poucos recursos direcionados à saúde pública, de forma que são raros os territórios brasileiros equipados com a estrutura necessária para assegurar aos idosos a integralidade à sua saúde assegurada pelo Estatuto do Idoso.

Apenas, como exemplo, podem ser citados a carência de geriatras e gerontólogos nas unidades de saúde voltadas à proteção da pessoa idosa. Aliás, há territórios desprovidos até mesmo de unidades especializadas voltadas a assegurar a saúde do idoso.

2. EXPERIÊNCIAS EXITOSAS VOLTADAS À SAÚDE DO IDOSO

No entanto, embora o Brasil esteja muito distante de atingir as aludidas metas, as diretrizes do mencionado plano nacional, acrescidas das disposições normativas do Estatuto do Idoso, voltadas à efetivação da saúde da população idosa, levaram alguns entes governamentais a implementarem, em suas áreas de atuação, importantes projetos garantidores da saúde integral da população idosa.

Por primeiro, em face da importância de tais unidades de saúde para a população idosa, deve ser mencionado o Centro de Referência do Idoso, que se

destina a proporcionar assistência integral à saúde do idoso. Atualmente funcionam, na cidade de São Paulo, dois CRIs financiados pela Secretaria Estadual de Saúde. O CRI Norte, situado no Complexo Hospitalar do Mandaqui, funciona na Avenida Voluntários da Pátria nº 4.301, naquela cidade. A referida unidade especializada, além da assistência médica, em suas diferentes especialidades, oferece setores de terapia ocupacional e assistência social, além de espaços de lazer, com sala de leitura, teatro, coral e cursos, dentre outros. O CRI é classificado como ambulatório de atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS), especializado na atenção à saúde do idoso.

O CRI Norte é gerenciado pela Organização Social de Saúde Associação Congregação de Santa Catarina (OSS/ACSC), mediante contrato de gestão, celebrado com a Secretaria Estadual de Saúde, sendo dotado de uma infraestrutura de 5.000 metros quadrados, divididos em consultórios (médico, multiprofissional e odontológico), salas de exames, emergência, reabilitação, cozinha experimental, sala de atividades de vida diária, Centro de Convivência, auditório, anfiteatro para 180 pessoas e um prédio de apoio administrativo com salas de treinamento.

O CRI de São Miguel Paulista está localizado na zona leste da cidade de São Paulo, mais precisamente na Praça Padre Aleixo Monteiro Mafra, nº 34. A referida unidade de saúde funciona num edifício de quatro andares, sendo que, em dois deles, funciona a assistência médica nas áreas de geriatria, ortopedia, oftalmologia, ginecologia, cardiologia, psiquiatria, urologia, neurologia, odontologia (colocação de prótese dentária), psicologia e audiometria, além de setores como terapia ocupacional e assistência social. Nos demais pisos, funcionam sala de leitura, coral, pintura, crochê, cursos e bailes da terceira idade, além de uma ouvidoria, sala de vacinação e Infocentro.

Merece registro o fato de que, em 2012, o Governo do Estado de São Paulo criou o Programa “São Paulo Amigo do Idoso”, adotando modelo sugerido pela Organização Mundial de Saúde, em cujo programa é contemplada a implantação de 04 Centros de Referência da Saúde do Idoso nas Regiões de Ribeirão Preto, Campinas, ABC e Baixada Santista, que se somarão às duas unidades atualmente em funcionamento, na cidade de São Paulo. Os novos CRIs se constituirão em polos regionais de envelhecimento ativo e, ainda, em centros formadores geriátricos, estruturados com gabinetes de várias especialidades médicas voltadas à saúde do

idoso, além das atividades educacionais, culturais e de lazer. O referido programa instituiu, ainda, o selo da cidade amiga do idoso, visando à integração de todos os municípios ao referido projeto. Trata-se de ações integradas nas áreas de Desenvolvimento Social, Saúde, Esporte e Turismo.

Projetos semelhantes foram implantados noutros Estados, como por exemplo, o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso de Salvador, que objetiva atender o idoso que necessitar de atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia.

Também se encontra instalado, em Vitória, Espírito Santo, o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), que oferece atendimento integral aos idosos que necessitem de uma intervenção especializada. O atendimento é desenvolvido por equipe interdisciplinar, abrangendo profissionais das áreas de geriatria, gerontologia, psicologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional e assistência social.

Em Niterói funciona o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, que disponibiliza consultas individuais nas áreas de geriatria, neurologia, homeopatia clínica, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, enfermagem e serviço social. Também são desenvolvidas atividades em grupo terapêutico, nas áreas de psicoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, reabilitação cognitiva para pacientes com demências, grupo de estimulação da memória, grupo de Parkinson, grupo de educação física. Atividades em grupo para promoção de saúde: oficinas de teatro, origami, grupo de convivência, grupo de ginástica harmônica, oficina de autocuidado.

Sabe-se, contudo, que se trata de um equipamento de alto custo e que ainda se encontra desprovido em vários territórios brasileiros.

Outro equipamento de saúde de fundamental importância para a saúde do idoso é o Centro Dia que foi estruturado à luz da Política Nacional da Saúde do Idoso.

O referido projeto se destina a alcançar os idosos que possuem limitações para o exercício da vida diária e que, a despeito de conviverem com suas famílias, não recebem, delas, atendimento em tempo integral. O Centro dia desenvolve atividades para o atendimento das necessidades pessoais básicas do idoso, atividades terapêuticas e socioculturais.

A aludida unidade presta atendimento aos idosos, que apresentam algum grau de dependência e semi-dependência e necessitam de cuidados médico-sociais; e, apesar de terem família, não recebem dela apoio integral. Recebem, assim, apoio nas áreas de assistência, de saúde, abrangendo, inclusive, psicologia, fisioterapia, atividades ocupacionais, lazer e apoio sócio familiar, conforme as necessidades dos usuários.

O programa “São Paulo Amigo do Idoso”, lançado pelo Governo de São Paulo, contempla a construção de 100 Centros-Dia do idoso, a serem construídos em municípios de médio e grande porte que não possuem esse serviço.

Conforme explicitado, a Política Nacional da Saúde do Idoso catalogou, como importante, programa a ser desenvolvido pelos entes públicos, a assistência domiciliária, também conhecida como atendimento domiciliário, que consiste no serviço prestado ao idoso com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança.

Conforme exposto, a Política Nacional de Saúde do Idoso preconizou, como diretriz primeira, a promoção do envelhecimento saudável. Como ação preventiva, diante de tal diretriz, estabeleceu-se a necessidade de se prestigiar a vacinação, em massa, dos idosos, notadamente contra a influenza.

Assim, como resultado da mencionada diretriz, foi desenvolvido o Programa Nacional de Imunizações, que tem por objetivo vacinar a população igual ou maior de 60 anos, objetivando a reduzir a morbimortalidade por influenza e suas complicações, além de outras doenças imunopreveníveis de grande prevalência nesta faixa etária.

A política nacional enfocada também preconizou a necessidade de se operacionalizarem, no Brasil, centros especializados referenciados em nível secundário e até mesmo, terciário, para garantir, de forma prioritária, a integralidade da saúde ao idoso. Como a osteoporose atinge, estatisticamente, milhares de idosos no Brasil, foram aprovados pelo Ministério da Saúde o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para o tratamento da osteoporose.

Ainda no âmbito do envelhecimento saudável, detectaram-se inúmeras internações de idosos por neoplasia de laringe, traqueia e pulmão, relacionados com o tabagismo. Diante dessa diretriz, foi lançado o Programa Nacional de Controle do

Tabagismo, por meio da Portaria GM/MS, nº 1.035, de 31 de maio de 2004, objetivando reduzir o número de fumantes no Brasil e, por consequência, a morbimortalidades relacionados ao tabagismo.

No Brasil, ainda falecem milhares de idosos homens por câncer de próstata cujas mortes poderiam ter sido evitadas caso houvesse uma ação preventiva mais eficaz dos órgãos de saúde. Contudo o exame preventivo de próstata encontra barreiras muitas vezes intransponíveis em resistências alicerçadas em estereótipos de masculinidade. Diante de tal fato, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

A campanha nacional do novembro azul vem de encontro ao objetivo do aludido programa, no sentido de permitir um envelhecimento saudável da população masculina, com atuação exitosa no tratamento das doenças do trato genital masculino.

Da mesma forma, as inúmeras mortes das mulheres com câncer de mama ou de colo uterino, atingindo, principalmente as idosas, levou o SUS a desenvolver e a implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A expectativa maior de vida, na contemporaneidade, traz novos desafios à medicina, que ainda não encontrou solução científica para a prevenção e a cura das denominadas demências, figurando, dentre elas, com maior incidência, a doença de Alzheimer.

A gravidade da aludida doença e os transtornos causados ao paciente e à própria família e dentre as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, levou o SUS a implementar, na sua rede, o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer. A Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010, estabeleceu o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para o tratamento da Doença de Alzheimer.

Frise-se que, mesmo com o incremento da expectativa de vida no Brasil, diante dos avanços da medicina e do culto a hábitos saudáveis, não se pode fugir do denominado envelhecimento primário que atua, de forma progressiva no organismo humano, afetando-o gradualmente, a depender de cada indivíduo, conforme seu comportamento diário, como dieta, exercícios físicos etc., bem como o envelhecimento secundário, motivado por patologias ínsitas ao envelhecimento, como a demência senil.

Apesar de milhares de pessoas idosas contarem com um bom vigor físico e mental, o idoso ainda é estereotipado como pessoa portadora de profunda debilidade física e mental. Como se não bastasse à postura social preconceituosa em relação aos indivíduos provecos, a situação se agrava em relação ao idoso portador com transtorno mental que sofre discriminação, até mesmo entre seus próprios familiares, já que o portador de transtorno mental, por si só, arca com uma carga pesada de preconceito social.

Deve ser comemorado, em contrapartida, o fato de que a reforma psiquiátrica, no Brasil, delineada pela Lei nº 10.216/01, trouxe avanços significativos para o tratamento dos pacientes com transtornos mentais, privilegiando as terapêuticas extra hospitalares.

Não se pode desconsiderar o fato de que milhares de idosos, no Brasil, sofrem de hipertensão arterial e diabetes mellitus. A análise precoce de tais doenças é de fundamental importância, para evitar agravos aos pacientes e possibilitar um envelhecimento saudável, conforme preconizado pela política nacional enfocada.

Assim, foi lançado pelo SUS, para implementação, em toda a rede, do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

O cadastramento territorial da população idosa, a que se refere o artigo 15, § 1º, inciso I, do Estatuto do Idoso, transcende a mera questão estatística, para tornar-se instrumento necessário e valioso, para que o gestor público possa quantificar e qualificar os serviços de saúde específicos ao atendimento da aludida população idosa.

Pelo que se depreende da própria disposição normativa contida no referido preceito, trata-se de uma das estratégias de prevenção e manutenção da saúde do idoso.

Observa-se, pelas normas contidas no artigo 15 do Estatuto do Idoso a preocupação do legislador com que sejam estruturadas, em todos os territórios, unidades ambulatoriais equipadas com profissionais das áreas de geriatria e gerontologia.

Ao dissertar sobre direitos humanos e pesquisas em Gerontologia, leciona Mônica de Ávila Todaro (2010, p.32) que, em face do notório envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida, afloram novos desafios e conquistas a serem deslindados como “o reconhecimento da diversidade humana e

das necessidades específicas dos vários segmentos sociais, assegurar oportunidades para uma adequada qualidade de vida; e a promoção de uma sociedade boa para todos”.

Como já foi explicitado, em face da importância da geriatria e gerontologia para a prevenção e manutenção da saúde do idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso erigiu tais disciplinas como fundamentais na formação dos profissionais de saúde, de forma que passaram elas a serem inseridas como disciplinas curriculares na grade de ensino de tais profissionais.

Dentre a integralidade à saúde do idoso, destaca-se a dispensação gratuita de medicamentos à pessoa idosa que deles necessitar, especialmente os de uso contínuo, assim como as próteses, órteses e outros recursos relativos ao seu tratamento, habilitação e reabilitação, conforme determina o artigo 15, § 2º, do estatuto supra. A mesma disposição normativa já estava contida no artigo 9º, inciso V, do Decreto nº 1.948/96, que regulamentou a Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecida pela Lei nº 8.842/94.

Reynaldo Mappeli Júnior *et alii* (2012, p.99) *definem* a assistência farmacêutica como “[...]conjunto de atividades relacionadas ao acesso a medicamentos e a outros insumos destinados a propiciarem a saúde dos indivíduos, seja pela cura de patologias, seja pela simples melhora da qualidade de vida do paciente”.

A aludida dispensação passa, necessariamente, pelo levantamento do perfil básico do quadro de idosos no território, para, a seguir, serem selecionados os medicamentos fundamentais àquela população. Lecionam os mesmos autores (2012, p.99), ao dissertarem sobre a assistência farmacêutica que efetuado o levantamento do perfil dos usuários e selecionados os medicamentos, “programam-se sua distribuição e o método clínico de atuação, que deve incluir também a avaliação da utilização e da qualidade do medicamento”.

Não se deve olvidar, ainda, que, no campo farmacêutico, a evolução tecnológica impulsiona novas pesquisas, sendo inegável o aprimoramento científico do setor nas últimas décadas. No entanto, asseveram Reynaldo Mapelli Júnior *et alii* (2012, p.100) que os programas e protocolos clínicos também devem estar “em absoluta consonância com a evolução tecnológica da área médica, disponibilizando-se à população medicamentos eficazes para o tratamento das doenças”.

É interessante observar que pela própria política nacional de medicamentos, a dispensação de medicamentos, na ampla maioria dos territórios, é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, sendo que ao Ministério da Saúde foi atribuída a responsabilidade em definir políticas gerais e fomentar a pesquisa.

No que tange ao financiamento das despesas atinentes à dispensação de medicamentos, registre-se que o artigo 19-U da Lei Orgânica da saúde dispõe:

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Inter gestores Tripartite.

Seguindo orientação da Organização Mundial da Saúde, o Brasil passou a adotar a lista de medicamentos essenciais, devendo ser observado que a Política Nacional de Medicamentos passou a adotar, como sua primeira diretriz, a manutenção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, conhecida entre os técnicos da saúde, como RENAME.

Deve ser advertido de que o SUS não pode ser compelido a entregar ao idoso todo medicamento prescrito pela área médica, como por exemplo, o medicamento experimental que é aquele que se encontra em fase de testes e não foi, ainda, aprovado pela ANVISA para a mercancia.

No que se refere ao medicamento novo, embora, em princípio, devam ser observados as diretrizes e os protocolos clínicos adotados pelo SUS, o gestor poderá ser compelido, judicialmente, a fornecê-lo aos usuários do SUS, quando este não dispuser de medicamento de efeito similar. O registro na ANVISA constitui ponto nodal da questão, já que o registro do medicamento na aludida agência constitui garantia à saúde pública. No entanto o Estado-Juiz poderá excepcionar até mesmo tal fato, quando, no caso concreto, ficar evidenciada a necessidade da terapêutica prescrita, como bem já decidiu o Supremo Tribunal Federal na STA 175, Agr. /CE, Tribunal Pleno, Rel. Min. Gilmar Mendes, j. 17/03/2010.

Quanto à assistência por meio de próteses, órteses e outros recursos determinada pelo artigo 15, § 2º, segunda parte do Estatuto do Idoso, é necessário observar-se que a prótese substitui, total ou parcialmente, um membro ou um órgão,

enquanto que a órtese tem por escopo auxiliar o funcionamento de um membro ou órgão.

Merece registro, por se tratar de um centro de excelência na área de reabilitação, A Rede de Reabilitação “Lucy Montoro” que foi instituída no âmbito do Estado de São Paulo, mediante o Decreto nº 52.973, de 12 de maio de 2008, como instrumento da rede SUS da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência Física, conforme expressamente previsto no artigo 1º do referido decreto.

A aludida rede é composta, nos termos do artigo 2º do decreto enfocado, de unidades de nível secundário e terciário, com a seguinte disposição:

I - hospitais de reabilitação, destinados a pessoas com deficiência física que necessitem de cuidados intensivos de medicina de reabilitação; II- centros de medicina de reabilitação, destinados ao atendimento de pacientes ambulatoriais em regime de hospital-dia ou em turnos de 4 (quatro) horas; III - centros de assistência multidisciplinar, unidades de reabilitação inseridas em Ambulatórios Médicos de Especialidades - AMEs ou em estrutura similar.

Acrescente-se que os hospitais e os centros de medicina de reabilitação são referenciados para os serviços de maior complexidade, os quais devem ser estruturados com aparatos tecnológicos e profissionais qualificados para que se possa garantir aos pacientes o melhor diagnóstico e recursos terapêuticos.

Conforme dispõe o artigo 4º, I do mencionado decreto, os usuários SUS terão “acesso às ofertas de órteses, próteses e cadeira de rodas, assim como às adaptações destas últimas[...]”.

É interessante observar-se que a Rede Lucy Montoro conta, desde 2009, com uma unidade móvel destinada a atender as demandas mais urgentes de fornecimento de órteses, próteses, cadeiras de rodas e meios auxiliares de locomoção em todo o território paulista. A referida unidade encontra-se montada sobre uma carreta com 15 m de comprimento e 2,60m de largura.

Verifica-se, assim, que o gestor público deve disponibilizar ao idoso com deficiência todos os recursos possíveis, para que o referido agravo seja amenizado e possa o cidadão usuário viver com o mínimo de dignidade.

Como exemplo de tais aparatos que devem ser disponibilizados aos usuários, além daqueles que já foram citados, pode-se afirmar que: “[...] para o idoso com

difficuldade de enxergar, hão de ser colocados, nas vias públicas, sinais sonoros, para que ele possa transitar com segurança e autonomia”. (BARLETTA, 2010, p.34).

O Estatuto do Idoso também não descuidou dos denominados planos de saúde que de forma rotineira, discriminavam a população idosa, pela cobrança de valores diferenciados nas pactuações contratuais. O artigo 15, § 3º, veda, expressamente, a cobrança diferenciada de valores ao consumidor de igual ou maior de 60 anos de idade.

Verifica-se, assim, que, em nenhuma circunstância, o idoso poderá ser discriminado. Para Marco Antônio Vilas Boas (2009, p.40) esta vedação da discriminação do idoso é plenamente justificada “[...] porque ele é um cidadão integral, como qualquer outro, com base no princípio da isonomia contido na Carta Maior, onde todos são iguais perante a lei”.

3. A FUNDAMENTALIDADE HORIZONTAL DA SAÚDE E O DIREITO AO ACOMPANHANTE E AO MELHOR TRATAMENTO

Impõe-se o registro de que a Constituição da República expressamente permitiu que a iniciativa privada prestasse assistência à saúde, nos termos do artigo 199 da nossa Carta.

A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, disciplinou a participação das empresas privadas na área de saúde, dispondo, em seus artigos 20, 21 e 22:

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Procurando disciplinar os planos e seguros privados de assistência à saúde, o Estado brasileiro aprovou a Lei nº 9.656/98, que normatizou os planos privados de assistência à saúde, bem como estabeleceu requisitos para o funcionamento das denominadas operadoras de planos de assistência à saúde. Por

se tratarem de contratos de consumo, também são aplicadas, nas referidas pactuações, as normas estabelecidas pelo Código do Consumidor.

Fabiana Rodrigues Barletta (2010, p.185) define os denominados planos de saúde como: “contratos cujo objeto é a transferência onerosa de riscos à iniciativa privada referentes à futura necessidade de assistência médica e hospitalar”.

Embora se trate, juridicamente, de um contrato a título oneroso, o usuário do plano é inquestionavelmente a parte vulnerável. Com efeito, trata-se de contratos de adesão em que o consumidor não é livre nas concreções das disposições contratuais.

Aflora, aí, a necessidade do Estado de proteger a parte mais vulnerável, notadamente no caso enfocado, em que as desigualdades entre os pactuantes são cristalinas. Como já foi explicitado no primeiro capítulo (item 1.3), a eficácia dos direitos fundamentais vincula, não só o poder público, mas também os entes privados. Denominam-se eficácia vertical, em suas dimensões objetiva e subjetiva, quando focadas as relações entre o Poder Público e os cidadãos. A eficácia horizontal, também denominada de eficácia privada ou eficácia em relação a terceiros, é aquela decorrente das relações entre particulares.

Tal intervenção estatal protetiva em favor do usuário, especialmente o idoso, decorre, desse modo, da eficácia horizontal dos direitos fundamentais que se refletem entre os contratantes, na hipótese citada, em decorrência da fundamentalidade social albergada pelo artigo 6º da Constituição da República. A incidência dessa fundamentalidade relativiza o princípio da livre iniciativa privada, já que, a despeito de a nossa Carta permitir que as grandes empresas que operam no setor tenham o seu lucro decorrente das pactuações aqui mencionadas; os seus benefícios econômicos são reduzidos em decorrência da própria fundamentalidade do objeto do contrato, que é o direito à saúde, albergado pela Constituição.

Quanto à regulação dos planos de saúde, assinala-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma importante autarquia criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com o escopo de normatizar, regular, controlar e fiscalizar todas as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A ANS reveste-se da natureza de uma agência reguladora, sendo que, no nosso modelo, se trata de uma autarquia especial, dirigida por um órgão colegiado, com a

responsabilidade de regulamentar e fiscalizar a prestação dos serviços de saúde aos cidadãos que pactuaram com as operadoras citadas.

Leciona Stela Gregori (2011, p.64) e que tal modalidade de regulação assemelha-se ao modelo inglês, vez que se busca harmonizar os interesses dos setores público e privado na execução dos aludidos serviços que antes que eram mantidos pelo monopólio estatal, “[...]visando a reconfigurar a regulação estatal, a competição em mercados e o controle das tarifas, para se obter eficiência”.

Tal qual à criança e ao adolescente, foi assegurado, também ao idoso internado em unidade hospitalar, o direito a acompanhante, após avaliação da necessidade pelo profissional de saúde, para permitir-lhe uma melhor assistência, conforme expressa disposição normativa contida no artigo 16 da referida lei. Eventual negativa do referido direito pelo médico que presta assistência ao paciente deverá ser precedida de manifestação por escrito.

A questão enfocada foi regulamentada pela Portaria nº 280/GM, do Ministério da Saúde, de 07 de abril de 1999, que impõe a todos os hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, a obrigatoriedade de acomodação de acompanhantes de idosos internados (art.1º).

Foram excetuadas apenas as hipóteses da internação de unidade de tratamento intensivo ou naquelas situações clínicas em que, por questão técnica, não é recomendável a presença de acompanhante junto ao internado, devendo tal hipótese ser devidamente formalizada pelo médico assistente (art.2º).

O direito a ter um acompanhante vem de encontro à dignidade da pessoa idosa, não só para fiscalizar se essa está recebendo um tratamento humanizado como também para acionar a equipe de enfermagem em alguma anormalidade intercorrente. Assinale-se que a hospitalização, dependendo do grau de vulnerabilidade do idoso, sempre desenvolve traumas psicológicos nocivos à própria saúde do idoso.

Registre-se a advertência de que: “A hospitalização é percebida pelos idosos como uma ruptura do seu cotidiano, trocando as condições usuais de habitação por um ambiente estranho e geralmente ameaçador”(QUEIROZ; PRADO, 2010, p.23).

Ensina Fabiana Rodrigues Barletta (2010, p.35) que o direito ao acompanhante surge, em face da vulnerabilidade do idoso, “[...] que enseja cuidados especiais, a fim de, na medida do possível, torna-la menos intensa e causadora de

menores sofrimentos à pessoa humana, que, além de muito fragilizada por conta da idade, se encontra ademais doente”.

O respeito à dignidade da pessoa idosa foi sobrelevado pelo legislador no artigo 17 do Estatuto, ao dispor que o idoso tem o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

O próprio SUS estabelece protocolos clínicos que causam extremo desconforto ao paciente idoso e também impõe o uso de medicamentos com efeitos colaterais mais nocivos. O paciente idoso deve ser instruído sobre o melhor tratamento a que tem direito, sem colocar em risco a sua saúde e a própria vida. Caso o procedimento médico hospitalar lhe possa causar risco de morte, deve ele ser informado. Não é incomum o procedimento cirúrgico ser de alto risco, mas também a sua não realização poderá acarretar a morte do paciente.

Quando o idoso não dispõe de saúde mental, para discernir sobre o tratamento adequado, tal decisão passará ao seu curador ou familiares, ou, ainda, ao próprio médico, quando ocorrer iminente risco de vida, e não houver tempo hábil para consulta a curador ou membro familiar, conforme dispõe, expressamente, o artigo 17, parágrafo único, do Estatuto.

No que tange ao respeito à dignidade do idoso na terapêutica prescrita ensina Ana Cristina Passarella Brêtas (2002, p.42-43) que há um pressuposto valioso nessa interligação das áreas de saúde e da Gerontologia:

[...]a vida pertence ao próprio indivíduo. Compete ao profissional da área da saúde orientar, jamais impor padrão de comportamento, compete-lhe mostrar onde está o interruptor, porque quem deve “acender a luz” é o próprio indivíduo. Do ponto de vista da formação profissional na área da saúde significa mudar, completamente, os paradigmas. Em minha atuação...significa inverter o modelo de ensino, afirmar que ao indivíduo doente compete, também, a decisão sobre a sua própria vida, sobre os cuidados e a terapêutica prescrita. A decisão não é apenas do profissional de saúde, como tem sido entendida, na maior parte das vezes, de forma autoritária e centralizadora.¹

Deve ser considerado, no entanto, que o direito do idoso de prestar consentimento ao procedimento médico sofre inegável exceção perante a supremacia do interesse coletivo, que prevalece inegavelmente, em face do direito individual.

¹ **Políticas públicas de saúde para o idoso.** In: Revista A Terceira Idade. São Paulo: SESC, v.13, n.24, p.42-43 abr./2002.

O médico, diante da possibilidade de a doença contraída pelo idoso, numa situação epidêmica ou nas hipóteses de moléstias infectocontagiosas, contaminar outras pessoas, deverá seguir todo o procedimento imposto pelos protocolos clínicos, que muitas vezes repercute, até mesmo, na liberdade do idoso de ir e vir podendo ocorrer vacinação compulsória, bem como a proibição de entrada em determinados ambientes.

CONCLUSÕES

O Brasil não descuidou legislativamente da proteção da saúde do idoso tanto na prevenção como na implementação de instrumentos de recuperação da sua saúde.

Ocorre, porém, que o Estado brasileiro não se preparou adequadamente para implantar equipamentos públicos adequados à população idosa cujo contingente é significativo para os poucos recursos públicos disponibilizados na atualidade para a área da saúde e de outros direitos fundamentais sociais também consagrados à pessoa idosa.

No entanto, há que se comemorar algumas iniciativas dos gestores como a instalação dos CRIs em alguns territórios, como em São Paulo, Bahia e Espírito Santo, além do projeto “Cidade Amiga do Idoso” lançada no Estado de São Paulo como fomento à proteção do idoso, em todos os municípios, não só na área da saúde, mas também em todos os seus demais direitos fundamentais.

Também já encontram funcionando em alguns Estados o denominado Centro-Dia, destinado aos idosos que apresentam algum grau de dependência e semi-dependência e necessitam de cuidados médico-sociais; e, apesar de terem família, não recebem dela apoio integral. Recebem, assim, apoio nas áreas de assistência, de saúde, abrangendo, inclusive, psicologia, fisioterapia, atividades ocupacionais, lazer e apoio sócio-familiar, conforme as necessidades dos usuários.

A Política Nacional de Saúde do Idoso estabeleceu várias diretrizes destinadas a alcançar a integralidade da saúde da pessoa idosa em todo o território nacional. Contudo, se trata ainda de projeto distante da realidade nacional, onde pouquíssimos territórios conseguem disponibilizar ao idoso uma regular rede protetiva de sua saúde.

Há, portanto, um grande desafio ainda ao Estado brasileiro, no sentido de alcançar a integralidade à saúde do idoso que, a despeito de estar bem delineada no âmbito legislativo, não alcançou milhares de idosos em nosso território, que não dispõem da devida e necessária assistência especializada na área de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. **Políticas públicas de saúde para o idoso**. In: Revista A Terceira Idade. São Paulo: SESC, v.13, n.24, p.42-43 abr./2002.

COLLUCCI, Cláudia. **Número de idosos que moram sós triplica**. Folha de São Paulo, São Paulo, 25 de dezembro de 2013, Caderno B, Saúde + ciência.

DALLARI, Sueli G. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

DALLARI, Suelli G.; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano . **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

GIL, Gonzalo Piedrolla. **Medicina preventiva y salud pública**.10.ed. Barcelona: Masson, 2001.

GREGORI, Stela. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**, 3.ed. rev., atual e ampl. São Paulo: RT, 2011.

MAGALHÃES, Mônica de Almeida. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2009.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. **Direito sanitário**. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo/Imprensa Oficial, 2012.

MARQUES, Nadia Rejane Chagas. **O direito à saúde no Brasil: entre a norma e o fato**. Porto Alegre: Nuria Fabris Editora, 2012.

NAVARRO FALLAS, Roman S. **Derecho a la salud: un análisis a la luz del Derecho Internacional, el Ordenamiento Jurídico Costarricense y la Jurisprudencia Constitucional**. San José, Costa Rica: Editorial Juricentro, 2010.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos; PRADO, Adriana Romeiro Almeida. **Mudanças adequadas aos usuários idosos: humanização do atendimento na instituição hospitalar.** Revista A Terceira Idade. São Paulo: SESC, v.21, n.49, nov./2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre envelhecimento, 2002.** Trad. Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003, p.22. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/programas/plano-de-acao-internacional-para-o-envelhecimento>> . Acesso em 07.03.2015.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos; PRADO, Adriana Romeiro Almeida. **Mudanças adequadas aos usuários idosos: humanização do atendimento na instituição hospitalar.** São Paulo: SESC, Revista A Terceira Idade, v.21, n.49, p.7-25, nov./2010.

ROCHA, Cristiano Andrade Quintão Coelho. **Avaliação da capacidade funcional de indivíduos institucionalizados com acidente vascular encefálico.** In: Revista A Terceira Idade. São Paulo: SESC, v. 22, n.51, jul./2011.

STURZA, Janaína Machado; CASSOL, Sabrina. Do direito à saúde no Brasil ao diritto alla salute na Itália: breves apontamentos sociojurídicos. In: GORCZEVSKI, Clóvis; REIS, Jorge Renato dos (Orgs.). **Direitos fundamentais sociais como paradigmas de uma sociedade fraterna.** Santa Cruz do Sul-RS: IPR, 2008.

TODARO, Mônica de Ávila. **Direitos humanos e pesquisa em Gerontologia no Brasil.** Revista A Terceira Idade. São Paulo: SESC, v. 21, n.49, p.26-38, nov./2010.

VILAS BOAS, Marco Antônio. **Estatuto do idoso comentado.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.